

REHABILITATION



Antragszahlen und Ausgaben sind 2009 weiter gestiegen (DÄ 34–35/2010: „Medizinische Rehabilitation: Kontinuität statt Krise“ von Birgit Hibbeler).

Reha ist keine Last

Richtig verstanden sind die Aufwendungen für medizinische und berufliche Rehabilitationsleistungen für die Rentenversicherung überhaupt „keine Last“!

Mit Erfolg wird so der Grundsatz „Reha vor Frühberentung“ realisiert. Das ist gut so und könnte nur noch gesteigert werden, wenn wir nicht erst handeln dürften, wenn die Erwerbsfähigkeit bereits erheblich gefährdet beziehungsweise bereits eingeschränkt ist, eine Frühberentung also bereits unmittelbar bevorsteht.

Zu kurz kommt in dem Beitrag, dass brennend aktuelle Themen wie der demografische Wandel, der Fachkräftemangel, Arbeiten bis 67 gar nicht anders bewältigt werden können, als mit qualifizierter Rehabilitation. Die Zahlen hierzu liegen vor und bereiten uns in der Renten-

versicherung erheblich Kopfzerbrechen. Warum? Weil die Politik zwar in Sonntagsreden gerne auf diese Themen eingeht und gelegentlich auch auf die „an und für sich“ daraus ableitbaren Reha- und Präventionsbedarfe hinweist. Regelmäßig vergessen wird allerdings, dass derartige Handeln seinen Preis hat. Derzeit einen sehr bescheidenen Preis, wenn man genauer hinschaut! Unsere DRV-Rehaaufwendungen sind nämlich gesetzlich gedeckelt auf gerade mal ca. drei Prozent unserer Gesamtausgaben! Wie soll damit angemessen auf die beschriebenen wirtschafts- und gesellschaftspolitischen Herausforderungen reagiert werden?

Übrigens: Bei der gesetzlichen Krankenversicherung ist die Situation noch viel merkwürdiger. Keine zwei Prozent (!) ihrer Gesamtausgaben werden für die Rehabilitation ausgegeben. Wen wundert es, dass so der gleichermaßen gesetzlich fixierte Auftrag „(preiswerte) Reha vor (sehr teurer) Pflege“ höchst fragwürdig beziehungsweise gar nicht realisiert wird? . . .

Hubert Seiter, Erster Direktor, Vorsitzender der Geschäftsführung, Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg, 70437 Stuttgart

HONORARÄRZTE



Eine vierstellige Zahl von Ärzten arbeitet auf Honorarbasis für Krankenhäuser (DÄ 33/2010: „Honorararztverträge: Vielseitig einsetzbar“ von Christoph Roos und Sarah Gersch).

Der Zeitgeist und die Folgen

Der Artikel beschreibt in seinem ersten Abschnitt einen Zeitgeist, der mehr und mehr um sich greift. Wenn, wie angeführt, Zitat: „Insbesondere für Chirurgen und Anästhesisten, bei denen der persönliche Kontakt zum Patienten in den Hintergrund tritt, ist die Tätigkeit ohne Festanstellung eine interessante Alternative“, der persönliche Kontakt durch den Operateur als nachrangig angesehen wird, so ist dem heftig zu widersprechen. Seit Jahren wird die Ökonomisierung der Medizin und die Abkehr vom Individuum „Patient“ beklagt. Die persönliche Zuwendung, die „sprechende Medizin“ und das Zuhören seitens des Therapeuten sind wesentlicher Bestandteil einer erfolgreichen Behandlung. Der Patient will sich mit

seinen Problemen und Beschwerden verstanden fühlen und fordert zu Recht den vorherigen persönlichen Kontakt zu seinem Operateur und Anästhesisten. Hierin unterscheidet sich die Medizin von anderen freiberuflich tätigen Berufsgruppen, wie Rechtsanwälte, Steuerberater oder Architekten. Sollte der persönliche Kontakt nachrangig sein, ist das Alleinstellungsmerkmal der Medizin, dass wir uns mit dem Patienten persönlich auseinandersetzen, hinfällig. Die Medizin ist dann von einem industriellen Betrieb und seinen Produktionsprozessen

nicht mehr zu unterscheiden. Man kann das Honorararztsystem in seinen Auswirkungen auf die klinischen Strukturen unterschiedlich bewerten, eines sollte allerdings nicht eintreten, die mangelnde Wertschätzung des Patienten und die reine Ausrichtung des ärztlichen Handels auf den Profit... In den operativen Fächern ist es ein ehernes Gesetz, dass der Behandler vor und nach dem Eingriff den Patienten aufsucht und die Sachlage darstellt.

Dr. med. Daniel Frank, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), 10117 Berlin

(„Sevofluranzuschlag“) vom Patienten direkt einfordern. Weiterbildung (Simulatortraining), regelmäßig auch für Fachärzte durch anerkannte Meister des Faches supervidierte ärztliche Maßnahmen (Narkose, OPs) in der Arbeitszeit und durch Arbeitgeber bezahlt. Start erst, wenn richtig ausgebildet... Strikte Einhaltung des Arbeitszeitgesetzes. Dann ist das ein Programm zur Verhinderung des Ärztemangels.

Prim. Dr. Michael Ulrich Füssel, Christian-Doppler-Klinik, Universitätsklinikum der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität, A-5020 Salzburg

VERTRAGSÄRZTE



Die Honorarsumme steigt 2011 (DÄ 41/2010: „Honorarverhandlungen: Es gibt rund eine Milliarde Euro mehr“ von Heike Korzilius und Sabine Rieser).

Wo Versorgungsbedarf besteht

Jüngst erzählte mir eine Lehrerin, dass sie ihre schwer krebserkrankte Schwester zu sich nach Hause beziehungsweise in das örtliche Hospiz holen möchte, um sich ihr die verbliebene Zeit zu widmen. Sehr aufgebracht berichtete sie allerdings, dass sie das nicht umsetzen könne, solange nicht klar sei, ob sie überhaupt einen Arzt für ihre Schwester finde, da diese ja nicht aus der Stadt stammen würde. Nicht, dass es ihr wieder so gehen würde wie zu dem Zeitpunkt, als sie ihre pflegebedürftige Mutter zu sich holte und von Praxis zu Praxis lief beziehungsweise telefonierte und keinen Hausarzt für diese fand. Sie sei damals völlig verzweifelt gewesen.

Eine Milliarde Euro für eine asymmetrische Honorarverteilung, um insbesondere aufgebaute „besondere Versorgungslandschaften“ zu erhalten.

Wo bleiben objektive Zahlen, zum Beispiel zu der Frage: Wie viele Patienten versorgt ein Arzt für wie viele Euro?

Wie zum Beispiel das Land Brandenburg junge Ärzte ins Bundesland holen will, bleibt dem Auge des Betrachters verschlossen. Es existiert keine medizinische Hochschule im Land, der Anteil der Privatpatienten ist gering, und die Arbeitsdichte ist hoch.

In den umliegenden Kliniken leiten sogenannte Honorarärzte die Narkose oder leisten am Wochenende Bereitschaftsdienst auf geriatrisch- internistischen Stationen.

Aber vielleicht braucht man ja nur abzuwarten, bis sich die Patientenzahl durch Abwanderung und demografischen Wandel den Arzttzahlen angepasst hat.

Dr. med. Susan Schrot, 14776 Brandenburg an der Havel

PATIENTENSICHERHEIT



In einem Programm der KKH-Allianz werden Sicherheitsstandards aus der Luftfahrt auf Operationen übertragen (DÄ 34–35/2010: „Ärzte lernen von Piloten“).

Kein Ärztemangel mehr

Machen wir es doch überall in der Medizin wie die Luftfahrt: Im Zweifelsfälle nicht starten (z. B. bei überfülltem OP-Programm), kontrollierte strukturierte Ausbildung, flache Strukturen, klare Zuständigkeiten, im Zweifelsfälle Zuschläge

APOBANK



Das Geldinstitut verklagt die frühere Führung (DÄ 38/2010: „Klage gegen den Exvorstand“).

Konsequent und überfällig

Der ehemalige Vorstand der Apobank hat durch seine unverantwortlich hohen Investitionen von ca. 5,5 Milliarden Euro in „Schrottpapiere“ klar gegen die eigene Satzung verstoßen (§ 2 Abs. 3: „Jede Art von Spekulationsgeschäften ist ausgeschlossen“).

Wenn der jetzige, neue Vorstand der Bank wegen der hohen Verluste den früheren Vorstand verklagt, ist das konsequent und überfällig. Als eine Art „Flucht nach vorne“ ist die Klage jedoch nicht geeignet, den neuen Vorstand den Mitgliedern gegenüber zu entlasten:

Die hohen Verluste der Apobank auf Anlagen wurden seit 2007 bekannt, aber... nur „scheibchenweine“ eingeräumt. Der neue Vorstandssprecher Pfennig verharmloste gegen Ende 2009 mit den Worten: „Sollte es dennoch zu einem Jahresfehlbetrag kommen, steht mit Rücklagen von über 700 Millionen Euro ein Mehrfaches zum Ausgleich zur Verfügung“, um dann aber im April 2010 plötzlich die Dividende für 2009 für über 100 000 Mitglieder komplett zu streichen trotz der Behauptung, den Jahresfehlbetrag vollständig ausgeglichen zu haben.